

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928

THÈSE

214^{No}

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

ADHAM CHALABY

Diplômé de l'Institut Médico-Légal et de Psychiatrie de Paris

Diplômé médecin colonial et sanitaire maritime

Né le 10 Octobre 1895, au Caire (Egypte)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

GROSSESSE INTERSTITIELLE

Président de Thèse : M. le Professeur JEAN-LOUIS FAURE.

MARCEL VIGNE, ÉDITEUR

13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
PARIS

—
1928

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

ADHAM CHALABY

Diplômé de l'Institut Médico-Légal et de Psychiatrie de Paris

Diplômé médecin colonial et sanitaire maritime

Né le 10 Octobre 1895, au Caire (Egypte)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA GROSSESSE INTERSTITIELLE

Président de Thèse : M. le Professeur JEAN-LOUIS FAURE.

MARCEL VIGNÉ, ÉDITEUR
13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
PARIS

—
1928

I. — PROFESSEURS

Le Doyen M. ROGER

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale ..	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBE.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LEPER.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
	CARNOT.
Clinique médicale	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
	MARFAN.
Hygiène et clinique de la première enfance ..	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies des enfants	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux ..	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologie	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	BRANCA.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Neurologie et Psychiâtrie	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale	AUBERTIN.
Pathologie chirurgicale	BASSET.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Physiologie	BINET.
Chimie biologique	BLANCHETIÈRE.
Pathologie chirurgicale	BROCQ.
Pathologie médicale	BRULÉ.
Pathologie chirurgicale	CADENAT.
Pathologie médicale	CHABROL.
Histologie	CHAMPY.
Pathologie médicale	CHIRAY.
Pathologie médicale	CLERC.
Hygiène	DEBRÉ.
Physique	DOGNON.
Pathologie médicale	DONZELOT.
Médecine légale	DUVOIR.
Obstétrique	ÉCALLE.
Pathologie médicale	FIESSINGER.
Pathologie expérimentale	GARNIER.
Pathologie chirurgicale	GATELLIER.
Pathologie médicale	HARVIER.
Urologie	HEITZ-BOYER.
Anatomie	HOVELACQUE.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Parasitologie	JOYEUX.
Chimie biologique	LABBÉ (Henri).
Pathologie chirurgicale	LARDENOIS.
Oto-rhino-laryngologie	LEMAITRE.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Obstétrique	LEVY-SOLAL.
Pathologie mentale	LHERMITE.
Pathologie médicale	LIAN.
Pathologie chirurgicale	MATHIEU.
Obstétrique	METZGER.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Pathologie chirurgicale	MOURE.
Histologie	MULON.
Bactériologie	PHILIBERT.
Pathologie chirurgicale	OUËNU.
Physiologie	RICHET Fils.
Dermatologie et syphiligraphie	SEZARY.
Pathologie médicale	VALLERY-RADOT.
	(Pasteur)
Obstétrique	VAUDESCAL.
Ophthalmologie	VELTER.
Histologie	VERNE.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

	MM.
Pathologie médicale	GOUGEROT.
Obstétrique	DEMELIN.
Obstétrique	LEQUEUX.
Obstétrique	GUENIOT.
Histologie	RETTERRER.
Pathologie médicale	TANON.
Physique	ZIMMERN.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE A TITRE PERMANENT

	MM.
Clinique chirurgicale	AUVRAY.
Clinique chirurgicale	ALGLAVE.
Clinique chirurgicale	CHEVASSU.
Clinique médicale	LAIGNEL LAVASTINE
Clinique obstétricale	LE LORIER.
Clinique médicale infantile	LEREBOULLET.
Clinique médicale	LÉRI.
Clinique chirurgicale	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale	PROUST.
Clinique chirurgicale	SCHWARTZ.
Clinique médicale	VILLARET.

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes	MAUCLAIRE, agrégé.
Stomatologie	FREY.
Education physique	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique	LEDoux-LEBARD.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON SEIGNEUR

SON ALTESSE LE PRINCE OMAR PACHA TOUSSOUN

*En témoignage de notre grande admiration et
de notre reconnaissance infinie.*

*En l'assurant de notre respectueux dévouement,
pour sa bonté, son indulgence et sa haute
protection, qu'Elle a bien voulu toujours nous
prodiguer.*

A MON PÈRE

MOHAMMED EFFENDI CHALABY

Moâwen en Chef de la Daïra Omar Pacha Toussoun

*En témoignage de notre affection et de notre
haute reconnaissance.*

A MA MÈRE

A MON FRÈRE ET MES SŒURS

MEIS ET AMICIS

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J.-L. FAURE

Professeur de Clinique chirurgicale de Gynécologie
de la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.
En gage de notre profonde admiration et de notre gratitude pour son enseignement.
En l'assurant de notre respectueux attachement.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR DOUAY

Chevalier de la Légion d'Honneur

Chef des Travaux gynécologiques des Hôpitaux de Paris

Qui nous a donné l'idée de cette thèse.

*Qui a toujours été pour nous un guide très sûr,
et un maître affectueux.*

En remerciement des conseils qu'il nous a prodigués pour la rédaction de ce travail.

En témoignage de notre respectueuse amitié.

A TOUS MES MAITRES

DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Introduction

Pendant notre séjour à l'hôpital Broca, où nous avons terminé nos études médicales, nous avons eu l'heureuse occasion d'observer un cas de grossesse interstitielle non rompue. La malade subit une hystérectomie subtotale, pratiquée par le Professeur J.-L. FAURE. Le Docteur DOUAY fit un très beau dessin de la pièce anatomique, que nous reproduisons dans ce travail.

A l'occasion de ce cas très intéressant, qui fait le sujet de notre thèse, nous avons repris l'étude de cette question, qui depuis longtemps, attire l'attention des gynécologues.

Nous remercions très sincèrement Monsieur le Docteur Douay de nous avoir donné ce sujet de thèse et d'avoir essayé, par son enseignement toujours si utile et si clair, de nous montrer l'intérêt de cette question.

A Monsieur le Professeur J.-L. Faure s'adresse, avec notre reconnaissance pour l'accueil si bienveillant qui nous fut réservé dans le service de gynécologie, de l'hôpital Broca.

Nous prions enfin Monsieur le Docteur Le Lorier d'agréer notre respectueuse gratitude pour les bons conseils qu'il nous a prodigués.

Définition et Historique

Dans l'article de STIEFFART, paru dans la *Revue de Gynécologie* en 1914, nous trouvons comme définition de la grossesse interstitielle, celle dont « l'œuf se développe dans la portion de la trompe, longue de un centimètre environ, enclavée dans l'utérus ».

Pendant longtemps, la grossesse interstitielle a été comprise dans l'étude des gestations ectopiques. Elle mérite cependant d'être séparée de ce groupe, à cause de *sa localisation particulière, son évolution spéciale, et surtout les difficultés diagnostiques* qu'elle présente.

Dès 1853, SCANZONI tenta un premier pas dans ce sens, mais l'individualité de la grossesse interstitielle ne se dégage pas encore avec assez de précision, du groupe des autres grossesses ectopiques.

DEZEIMERIS, à son tour, présente de nouveaux documents; et en 1889, HENNIG peut présenter une classification des grossesses interstitielles, avec une plus grande précision en :

tubo-utérines, la cavité fœtale étant constituée aux dépens de l'utérus, et du canal tubaire.

....*interstitielles*, l'œuf se développant dans la lumière du conduit salpingien intra-utérin.

....*intramurales*, l'ovule fécondé ayant opéré sa nidation dans la musculature même de l'utérus. La pénétration jusqu'à cette couche se serait effectuée après effraction de la muqueuse.

Dès lors, les auteurs ont paru se préoccuper, particulièrement, de la localisation anatomique de l'œuf, soit dans la lumière du conduit, soit dans le muscle, et l'on doit avouer que l'accord n'a pas toujours été parfait sur cette question. D'après LEQUEUX, l'œuf pourrait se développer dans la trompe interstitielle après fixation intra-canaliculaire au niveau de la muqueuse, ou bien pénétrer dans la profondeur, jusqu'au muscle de la paroi utérine, donnant naissance à un fœtus intramural. Les observations histologiques et les avis de WERTH, BOSSE et WEIBRENNER semblent affirmer la réalité de la localisation intra murale, sans citer de cas de localisation intra-canaliculaire. Seuls LEHMAN, REMY et RATCHKES admettent l'hypothèse de greffe ovulaire, au niveau de la muqueuse tubaire elle-même.

Une revue générale de la question a été faite, en 1915, par WÆGELI. S'appuyant sur l'avis de grand nombre d'observateurs, dont Kannegesser, Junge, Wolf, Uluesko-Stroganowa, Troczenski, Bosse, Franqué, et sur ses observations personnelles, il établit la classification suivante :

1° *Grossesse interstitielle intra-murale ou para-tubaire :*

- a) évolution contre la séreuse utérine.
- b) évolution contre la cavité utérine.
- c) évolution dans les deux directions ci-dessus.

2° *Grossesse interstitielle intra-canaliculaire* (reste à démontrer).

Nous trouvons plus commode cette dernière, donnée par M. Brindeau (1) qui divise la grossesse interstitielle en trois variétés :

- 1° *Utéro-interstitielle.*
 - 2° *Tubo-interstitielle.*
 - 3° *Intra-murale.*
-

(1) BRINDEAU. — Leçon sur la grossesse interstitielle (Clinique Tarnier), le 31 mars 1928.

Trompe interstitielle

Nombreuses ont été, en ces dernières années, les recherches auxquelles ont donné lieu les trompes utérines dans leur portion interstitielle. HERMSTEIN et NEUSTADT, FAVRE, SAPPEY, MAUCLAIRE, BAYER, pour ne citer que les principaux, virent leurs publications complétées, par les travaux récents de KENNEDY et HEUSER, avec étude sous l'écran, après injection radio opaque utérotubaire. L'Ecole Roumaine avec le Professeur DANIEL, et son élève Mademoiselle PAULAIN, a effectué une revue d'ensemble dont il semble que l'on puisse tirer les conclusions suivantes :

La trompe interstitielle, est la portion intra-utérine de la trompe permettant la communication entre la portion isthmique et la corne utérine. Sise au milieu du parenchyme utérin sur une longueur variant entre sept et quinze millimètres, elle n'a pas une situation rigoureusement définie. Oblique de bas en haut, et de dedans en dehors, elle paraît emprunter le chemin le plus court, pour effectuer son trajet. Pour d'autres auteurs, le trajet peut encore être incurvé en arc de cercle ou brisé en baïonnette. Le passage de l'utérus à la trompe, *ostium uterinum*, des auteurs classiques, n'est pas un point

rigoureusement défini. Les modifications de structure de la muqueuse s'effectuent progressivement et l'on passe insensiblement de la cavité utérine à la cavité interstitielle. Une remarque analogue peut être faite à propos des modifications constatées en passant de la portion interstitielle à la portion isthmique de la trompe.

La lumière de la trompe n'est pas régulièrement circulaire. La muqueuse, soulevée en plis variables vient la festonner en multiples arborescences variant suivant le point où la coupe est effectuée. Dans la portion externe, voisine de l'isthme, on reconnaît quatre plis longitudinaux donnant à la coupe un espace libre cruciforme. Ces soulèvements se multiplient dans la portion interne, juxta-utérine, où ils se ramifient abondamment au point de réduire à l'extrême cette lumière. Cette description correspond à la femme adulte. Dans un utérus sénile, on constate la disparition graduelle de ces diverticules, la lumière devient régulière et linéaire. Une seule assise de cellules cylindriques, hautes et ciliées constitue la couche superficielle de la muqueuse. Au-dessous, on trouve un maigre tissu conjonctif avec quelques fibrilles conjonctives minces.

Sous la muqueuse, on trouve parfois quelques fibrilles musculaires, longitudinales, puis la musculaire dont la disposition en deux strates est caractéristique de la trompe interstitielle. Les fibres externes circulaires continuent celles de la trompe libre, tandis que les internes, longitudinales,

constituent un manchon plus épais et spécial à cette portion tubaire, dont la situation sous-muqueuse a pu la faire assimiler à une véritable *muscularis-mucosæ*.

La lumière de la trompe interstitielle normale et physiologiquement virtuelle, et ce n'est que sous pression qu'il est possible de faire passer des liquides (injection radio opaque) ou des gaz (insufflation tubaire) jusqu'au pavillon.

Au cours de la menstruation, l'hyperhémie locale tend à supprimer la perméabilité tubaire par la congestion qu'elle provoque, et nous ne serons pas surpris de croire que les phénomènes hyperplasiques de la grossesse arrivent rapidement à l'obstruction complète de cet étroit conduit.

L'extrémité interne de la trompe interstitielle est considérée par les anatomistes comme la partie la plus étroite de la lumière tubaire : c'est l'ostium uterinum des classiques mesurant un diamètre de 1 millimètre. Si pour des raisons que nous étudierons plus loin, cet étroit orifice devient encore plus exigü, il arrivera un moment où sa perméabilité sera suffisante pour laisser passer la spermatozoïde, mais deviendra insuffisante pour que l'ovule fécondé franchisse ce défilé. L'œuf arrêté en amont de l'ostium uterinum produit la grossesse interstitielle.

Etiologie

Fréquence. — La grossesse interstitielle est une forme rare de grossesse ectopique. D'après WAEGÉLI, on trouverait un cas de grossesse interstitielle sur cinq cents grossesses ectopiques. Dans une leçon clinique récente (Mars 1928), le Professeur BRINDEAU ne trouve dans les observations de la clinique Tarnier que sept cas depuis quinze ans. A l'hôpital Broca, nous n'en avons pas trouvé d'autre cas que celui qui fait l'objet de cette thèse. Dans certaines observations, le diagnostic de grossesse interstitielle avait été discuté, mais toujours cette hypothèse avait été reconnue inexacte le jour de l'opération.

Causes. — Les causes de la grossesse interstitielle sont mal connues et même, pièces anatomiques en mains, il est difficile de reconnaître la cause de cette grossesse ectopique. La pathogénie de cette affection a donné lieu à de nombreuses hypothèses. Étant donnée l'exiguité anatomique de la portion interstitielle de la trompe, il faut peu de chose pour réduire encore le calibre et empêcher l'ovule fécondé de gagner la cavité utérine.

Ne pourrait-on penser, nous dit Breschet, qu'à la

suite d'un processus inflammatoire, il se produise une occlusion brusque de l'ostium uterinum. L'œuf sera obligé de se fixer *in situ*. Voisine de celle-ci est l'opinion de Hennig, pour lequel, au moment de la fécondation, il y a hyperplasie cellulaire au niveau de la muqueuse utérine. Cette prolifération pourrait aboutir à l'oblitération progressive de la lumière de l'orifice tubaire. Si l'œuf progresse assez rapidement, il parviendra à cet orifice avant sa fermeture. La nidation s'effectuera dans l'utérus. Si au contraire la marche de l'ovule est retardée l'ostium aura perdu sa perméabilité, et l'œuf, arrêté dans la portion interstitielle, ne pourra franchir cet obstacle opposé à sa migration. Il en résultera une fixation sur place avec développement aux dépens des tissus voisins.

Les recherches modernes de la perméabilité tubaire par les méthodes nouvelles de l'insufflation et du lipiodol intrautérin viennent confirmer ces idées anciennes de Hennig. M. Douay, dans son rapport sur la perméabilité tubaire, au Congrès de Lyon, constate que dans la période prémenstruelle, l'orifice interne de la trompe est momentanément oblitéré par suite de l'hyperplasie de la muqueuse utérine. Il y aurait avant les règles « une imperméabilité physiologique des trompes » (p. 128).

Hennig admet de plus l'existence d'un muscle sphincter de l'orifice utérin de la trompe. La contracture jouerait un rôle analogue à celui que nous venons d'exposer. Ici encore l'idée de Hennig est absolument conforme aux idées moder-

nes de la physiologie de la trompe. Par de belles radiographies sous lipiodol, M. Cotte, de Lyon a montré l'existence d'un spasme qui fragmente l'ombre du lipiodol au niveau de l'orifice tubo-utérin. M. Douay admet l'existence de contractions capables d'arrêter momentanément la pénétration de gaz d'insufflation. Ce spasme siège de préférence au niveau de la portion interstitielle et serait influencé par la belladone (p. 129).

Glaesmer et Bosse croient à la possibilité d'une diminution du calibre normal de l'ostium. Il s'agirait de sténose congénitale de ce pertuis et l'ovule segmenté après sa fécondation, et par suite augmenté de volume trouverait devant lui un orifice trop exigü pour lui permettre de pénétrer dans l'utérus.

La théorie inflammatoire a été soutenue par de nombreux auteurs, mais de façon un peu différente selon Mayer, Oldham, Fritz, Hecker, Virchow. Il s'agirait ici d'une forme particulière de salpingite nodulaire, capable de produire l'oblitération de la corne utérine.

Le Professeur Daniel, de Bucarest et son école (Soïmaru) ont montré la fréquence des lésions inflammatoires de la trompe interstitielle qui se traduisent par une nodosité nettement apparente à la vue et au toucher au niveau de la corne utérine. DOUAY avec d'autres pensent que cette lésion est souvent tuberculeuse. D'autres auteurs ont constaté des cas de nodosités de la corne utérine par d'autres lésions et nous

citerons SCHMITT dont deux observations en 1925 ont trait à des grossesses interstitielles secondaires, à des myomes et adénomyomes des angles tubaires. Par un processus analogue certaines tumeurs congénitales peuvent produire des nodosités oblitérantes.

L'œuf peut encore se greffer dans la portion interstitielle sans qu'il y ait oblitération du canal. Il s'agit alors de diverticules du conduit tubaire. Un ovule engagé dans un de ces orifices n'en peut plus sortir. Quelle est la signification de ces canaux ? PFAFF avait déjà envisagé la possibilité de l'inclusion d'un œuf au niveau d'un reliquat embryonnaire du canal de Gartner. LEOPOLD, dans une de ses observations a pu identifier des canaux dont la lumière est limitée par une assise épithéliale, et qui étaient inclus dans le muscle péri-ovulaire.

M. DOUAY (1), se basant sur les recherches histologiques de M. CHAMPY admet que le bord libre des quatre replis internes de la muqueuse peuvent se souder et créent ainsi des canaux excentriques s'ouvrant dans le canal principal. Ils peuvent se terminer en cul-de-sac, et favoriser la nidation d'une grossesse ectopique. Cette localisation de l'œuf dans un canalicule excentrique par rapport à la lumière principale, explique la possibilité de grossesse en dehors du canal tubaire. La variété intramurale, si difficile à comprendre trouve de

(1) DOUAY. — Stérilité d'origine tubaire, p. 88. *Gyn. et Obst.*, juillet 1925.

cette façon une explication très simple. Cette explication nous a été donnée à l'hôpital Broca par le Docteur DOUAY. Elle nous paraît fort séduisante.

En ces dernières années, Stonnes Scott accepte, comme causes favorisantes les interventions qui auraient pu être tentées sur l'utérus : curettages antérieurs, par exemple. Le cas de NACKE montre qu'une résection de l'angle tubaire peut agir comme cause mécanique de la grossesse interstitielle.

Plus récemment encore GUIDO POORTEN donne une explication originale de la cause de la grossesse ectopique, en général. L'œuf normal progresse vers la cavité utérine tandis qu'il effectue son développement et sa segmentation. Il tombe dans cette cavité à la période optima pour sa nidation. Il porte donc en lui-même le moment de sa fixation. A la suite de troubles dans son développement, l'œuf pourra se trouver au moment optimum de sa nidation, avant d'avoir franchi l'ostium uterinum. Il s'arrêtera et se fixera à ce moment. De là, possibilité de grossesse à toute hauteur de l'arbre génital. De là, aussi vient la raison des répétitions de grossesses ectopiques chez une même femme, ou dans la même famille à cause du rôle essentiel joué par l'hérédité.

Nous terminerons enfin par l'avis de GARRICA ROCCA. La gestation ectopique serait liée à un vice de développement de l'appareil génital féminin. En se reportant aux animaux inférieurs, on constate le défaut de différenciation entre la

trompe et l'utérus. Par atavisme, il peut y avoir retour à cet état anatomique, caractérisé essentiellement par une réaction déciduale de la muqueuse tubaire favorisant la nidation.

Par l'exposé de toutes ces théories, nous voyons que les causes de la grossesse interstitielle paraissent nombreuses. On pourrait même se demander pourquoi cette variété de grossesse ectopique n'est pas plus fréquente qu'elle ne l'est en réalité.

L'explication de ce fait est donnée par les recherches modernes des injections intratubaires de lipiodol (1). Il paraît exister à l'union des portions isthmique et interstitielle de la trompe une zone rétrécie par un spasme de la musculature. Le lipiodol s'arrête à ce niveau dans sa pénétration et lorsqu'il passe, le filament opaque peut être fragmenté à ce niveau. Ainsi l'ostium uterinum rétréci n'est pas le seul obstacle à la migration de l'ovule fécondé, un rétrécissement spasmodique serait capable d'arrêter l'œuf avant sa pénétration dans la portion interstitielle produisant alors une autre variété de grossesse ectopique beaucoup plus fréquente, la grossesse isthmique.

(1) Ces recherches faites par le Docteur DOUAY à l'hôpital Broca sont en cours d'exécution.

Etude clinique

Un fait particulièrement remarquable dans l'étude de la grossesse interstitielle est que si ces grossesses débutent de façon mystérieuse, leur terminaison se fait presque constamment d'une manière bruyante : la rupture avec le tableau clinique de l'hémorragie interne.

Il s'agit le plus souvent d'une femme qui a constaté chez elle des troubles classiques d'un début de grossesse. Parfois, les menstruations des mois précédents n'ont pas complètement disparu et la femme constate à la date présumée des règles l'apparition d'un écoulement sanglant. Mais le caractère ordinaire de la menstruation est modifié, la perte de sang est écourtée et peu abondante.

A cette période, un toucher ne nous montrera rien de précis. L'œuf encore trop petit ne pourra manifester sa présence par une tumeur élastique au niveau d'une corne utérine, et l'utérus lui-même dans le reste de son volume demeure dur sans ramollissement spécial au niveau de l'isthme. Le col ne subit aucune modification importante dans sa forme et dans sa consistance.

La tumeur fœtale augmente peu à peu de volume tandis

que des douleurs apparaissent localisées à un côté du ventre, au-dessus du pubis. L'examen gynécologique devra être fait avec le plus grand soin. Il nous permettra de reconnaître une tumeur latéro-utérine, arrondie, au niveau de laquelle il sera parfois possible de réveiller de la douleur à la pression. Cette tumeur adhère à l'utérus, mais garde une certaine mobilité et une certaine indépendance par rapport à l'utérus. Cette mobilité est quelquefois marquée qu'elle peut faire croire à l'indépendance des deux masses, utérine et fœtale, par suite de l'existence d'un pseudo-sillon les séparant, zone ramollie permettant une mobilisation réciproque.

Ruge et Simon ont décrit un signe particulier : la verticalisation du fond utérin du côté de la corne gravidе. Le plus souvent, aisément reconnu au cours des constatations opératoires ou post mortem, de signe est souvent impossible à déceler *in vivo*. Tout au plus, pourra-t-on reconnaître au palper combiné au toucher une forme en dôme de la tumeur fœtale coiffant le fond utérin, un peu en avant et sur le côté.

Nous rechercherons ensuite le signe des ligaments ronds et leur position par rapport à la masse latéro-utérine. Cette recherche est considérée par quelques auteurs comme absolument illusoire. Douay et Rochat, dans leur article sur la grossesse angulaire considèrent qu'un ligament rond n'est pas décelable par la palpation. Toutefois, Muret et Le Lorier ont cité des observations où il leur fut permis de préciser la situation exacte de ces ligaments, celui du côté où la gros-

sesse est suspectée devant se trouver en dehors ou en dessous de la tumeur. Dans la pratique courante, et de l'avis même de M. Le Lorier, il faut pour pouvoir faire semblable recherche se trouver dans des conditions toutes particulières du sujet en observation, maigreur marquée, flaccidité pariétale, excessive.

Nous rechercherons enfin le signe de l'asymétrie des annexes. Classiquement l'insertion tubaire du côté malade subit une ascension sous la poussée de la tumeur. Il en résulte un décalage, une insertion asymétrique des annexes, la trompe malade étant plus élevée que celle du côté sain. LEQUEUX a montré que ce processus pathologique n'était pas règle absolue. L'œuf peut évoluer dans des directions diverses et pousser l'annexe soit en haut, soit en dehors.

D'après ce que nous a dit à son enseignement, M. DOUAY, ce signe de l'ascension des annexes n'a pas grande valeur, rien n'est variable comme la position d'une annexe par rapport à l'utérus et l'ascension de la partie interne de la trompe n'entraîne pas forcément l'ascension de l'ovaire.

Avant tout accident de rupture, l'état général de la malade reste excellent, un peu troublé parfois par des petites hémorragies vaginales avec caillots, qui, jointes aux retards des règles font penser à une menace d'avortement banal. Pourtant le drame approche : la rupture.

Cette rupture peut s'effectuer de deux façons, soit brusquement, soit lentement.

Brusquement, il y a alors réalisation de l'inondation péritonéale cataclysmique. Après une phase de douleur violente, localisée d'abord à un côté du ventre, bientôt généralisée, la femme ressent des troubles graves, en liaison avec l'abondance de la soustraction sanguine. Les vertiges, nausées et même les vomissements apparaissent. Le pouls, devient rapidement incomptable, mou, dépressible, perçu avec peine, tandis que la peau et les muqueuses deviennent d'une coloration cireuse.

L'examen abdominal ne montre pas de contracture comme dans la réaction péritonéale. L'abdomen est légèrement ballonné et douloureux à la pression. On note de la matité dans les fosses iliaques lorsque l'épanchement de sang est important. Le toucher détermine une douleur dans le cul-de-sac de Douglas. Ces signes sont assez précis pour permettre le diagnostic d'hémorragie interne par rupture de grossesse extra-utérine et pour engager le chirurgien à prendre le bistouri dans le plus bref délai. Fort heureusement toutes les ruptures n'ont pas une évolution aussi rapide. L'hémorragie s'arrête d'elle-même, ou se fait par poussées successives. L'hématocèle se collecte dans le Douglas, le sang se coagule et nous trouverons des symptômes de la masse hématique peu à peu constituée. Le toucher permettra de déceler, non seulement de la douleur mais aussi de l'empâtement du Douglas.

En cas de doute, la ponction du cul-de-sac de Douglas permettra de retirer du sang noirâtre, ce qui permettra d'affirmer le diagnostic d'hématocèle. Cette manœuvre qu'on fait fréquemment à l'hôpital Broca avec l'aiguille spéciale du Docteur Douay est absolument inoffensive et permet de poser avec certitude l'indication opératoire.

Donc, la grossesse interstitielle évolue au début comme une grossesse ordinaire présentant ses signes habituels. Mais ce qui est intéressant, c'est son diagnostic, car au toucher, on note que l'utérus est flanqué d'une tumeur qu'on prend souvent pour une annexe, une grossesse angulaire, ou un utérus gravide ayant un fibrome.

Comme toutes les grossesses ectopiques elle se termine par la rupture à partir de deux à trois mois, et il est excessivement rare que l'œuf vive plus longtemps. BAR cite un seul cas de sept mois et l'Ecole de Nancy (1) un autre, d'un enfant mort à terme.

Les recherches modernes prouvent que dans la portion interstitielle il n'existe pas de caduque.

Il ne se forme pas de grosses cellules par réaction déciduale, aussi le muscle ne se défend pas, d'où nécrose et perforation. Par contre, l'œuf est entouré d'une zone hémorragique constituée par de la fibrine. D'où s'explique l'hémorra-

(1) BRINDEAU. — Leçon sur la grossesse interstitielle (Clinique Tarnier), le 31 mars 1928.

gie ou la rupture, qui s'effectue par éclatement ou par fissure du péritoine.

L'utérus est généralement augmenté de volume, mais ne renferme pas de caduque, car probablement celle-ci est déjà expulsée quand on voit la malade.

La cavité de la trompe reste perméable, aussi la femme perd du sang sans que les parois ne soient perforées.

Diagnostic

Le diagnostic de la grossesse interstitielle se présente en pratique sous deux aspects, suivant que les signes de grossesse existent ou font défaut.

Dans un premier groupe, nous n'avons pas de signes de grossesse, ou ceux-ci sont tellement atypiques qu'ils sont mal interprétés. L'hypothèse de grossesse ectopique n'est pas envisagée tandis que le diagnostic s'égare sur une mauvaise piste, la tumeur para-utérine faisant croire à un fibrome, une annexite kystique. On opère et on trouve la lésion au cours de l'intervention, comme dans le cas de notre observation ci-dessous relatée.

Nous ne voulons pas insister plus longuement sur cette première partie de notre diagnostic différentiel. Quelle que soit l'affection causale, le chirurgien fera un diagnostic, lors de l'intervention toujours indiquée dans ces cas-là.

Plus souvent les signes de grossesses sont reconnus. Le problème est possible à résoudre en ce cas, mais il est loin d'être aisé. En effet :

Il peut d'abord s'agir de signes de grossesse sans grossesse. Nous citerons à ce propos l'observation rapportée par

M. METZGER (1). C'est le cas d'une femme ayant présenté un arrêt de règles accompagné de petits signes de grossesse : nausées, vomissements, augmentation de volume des seins. Les mouvements du fœtus auraient été perçus. Une sage-femme porte un diagnostic de grossesse après avoir cru, de bonne foi, percevoir les bruits du cœur.

Aux environs de six mois de gestation, les mouvements ne sont plus perçus. Au toucher, on constate l'existence d'un col derrière la symphyse pubienne, un peu augmenté de volume et ramolli. En arrière de lui, une grosse masse remplit le Douglas, et le ligament large. Cette tumeur immobile, rémittente et peu douloureuse, présente quelques bosselures. On pense à une grossesse extra-utérine. Après laparotomie, le chirurgien se trouve en présence d'un hydrosalpinx.

De cette observation, on peut rapprocher cette suivante rapportée par COTTE, EPARVIER et RABAT (2).

« Il s'agissait d'une femme 35 ans admise à l'hôpital avec le diagnostic d'hémorragie interne après syndrome douloureux abdominal. Cette femme, mère de trois enfants, constate la disparition de ses règles avec apparition de troubles sympathiques de grossesse. Trois mois après la malade a des pertes rouges pendant quarante-huit heures. Elles cessent pour

(1) METZGER. — A propos du diagnostic de la G. E. Soc. d'Obst. et Gyn., mai 1921.

(2) COTTE, EPARVIER et RABAT. — Syndrome de rupture de G. E. dans un cas de fibrome calcifié. Soc. Obst. et Gyn. de Lyon, 1^{er} mai 1922.

revenir huit jours après en s'accompagnant de quelques douleurs abdominales.

« On fait le diagnostic d'avortement. Mise au repos chez elle, la malade reste un mois sans incident. Puis, brusquement, elle ressent de vives douleurs dans le bas-ventre et des hémorragies abondantes réapparaissent à la vulve. On fait le diagnostic de grossesse extra-utérine rompue et on envoie la malade à l'hôpital. Elle y parvient dans un état d'anémie grave, le visage d'une pâleur cireuse, le pouls à 120, le ventre douloureux.

« Au toucher, le col est mou, perméable au doigt jusqu'à l'orifice interne. Le corps, un peu gros, anteversé semble se prolonger à droite pour une masse molle, très allongée.

« A l'opération, on découvre un petit fibrome intersti-tiel, coexistant avec un polype sous-muqueux intré-utérin, cause de la dilatation du col et des hémorragies ».

La salpingite, formant une masse juxta-utérine adhérente à l'utérus peut simuler la grossesse extra-utérine. Dans notre thèse, nous rapportons une observations très curieuse d'annexite simulant une grossesse ectopique.

La difficulté est encore plus grande lorsqu'il y a concomittance réelle de gestation et d'annexite commé dans le cas de Jacquin-(1).

(1) JACQUIN. — Soc. d'Obst. et de Gyn. de Strasbourg, 5 mars 1921.

Une femme de vingt-neuf ans vit ses règles pour la dernière fois le 29 novembre. Le 15 janvier, elle fut subitement prise de douleurs dans le bas-ventre, à type de crampes. Ces douleurs n'étaient pas les seules, et il y avait quelque temps déjà qu'elle accusait ce signe, ainsi que des vomissements et de la constipation. A l'examen : on constate un léger ballonnement du ventre qui est sensible au palper. Le toucher, montre un utérus augmenté de volume. Dans le Douglas, il est possible de percevoir une résistance sensible au toucher...

Le 27 janvier, les douleurs abdominales se font encore plus vives tandis que surviennent des pertes rouges et qu'apparaît un léger subictère.

Au toucher : on sent sur la gauche de l'utérus, une tuméfaction douloureuse. Une numération des leucocytes montre leur chiffre peu augmenté. On pense à une grossesse extra-utérine en voie de rupture et l'opération est décidée. Or, il se produit à ce moment l'expulsion spontanée d'un œuf de deux mois, macéré, et il reste les signes d'annexite gauche.

Très suggestive aussi, est l'observation suivante, d'un cas très intéressant que nous avons pu constater durant notre séjour à l'hôpital Broca, dans le service du Professeur FAURE, d'une annexite ayant simulé une grossesse ectopique.

Mme F..., âgée de 32 ans. Pas d'enfants.

A l'âge de 17 ans, elle est soignée pour une péritonite grave. Glace sur le ventre, et traitement très sévère pendant un an et demi. Durant cette maladie, elle a considérablement maigri. Il est probable que cette péritonite a été d'origine bacillaire ?

Il y a quatre ans, elle fait une fausse-couche de six mois, sans complication ni fièvre.

Désirant avoir des enfants, elle vient consulter à l'hôpital Broca. pour stérilité ; elle est traitée par Mlle la Doctoresse Meurs, pour rétroversion, par le massage gynécologique, durant quinze séances. A la

suite de ce traitement, alors qu'elle a toujours été bien réglée, elle cesse d'avoir ses règles, à partir du 26 novembre 1927, époque de ses dernières règles. Elle présente en ce moment les signes de grossesse et elle est enchantée du résultat obtenu par le traitement pratiqué.

Le 14 février 1928, après un retard de deux mois et demi, elle perd du sang abondamment, et expulse quelques caillots.

Le 16 février, elle revient consulter à l'hôpital Broca.

On pense à une fausse-couche ou à une grossesse angulaire, ou ectotique et on la fait entrer à l'hôpital le 17 février 1928.

Examen : le col est assez dur, ce qui n'est pas extraordinaire chez une primipare âgée. L'utérus est gros, en rétroversion, présentant une bosselure molle au niveau de la corne gauche.

Cette tuméfaction est un peu plus grosse que le corps utérin. Elle est sensible à la pression.

L'annexe gauche n'est pas perçue, et l'utérus paraît peu mobile.

D'ailleurs cet examen est fait avec une extrême prudence, pour ne pas aggraver le cas, particulièrement difficile.

Après quarante-huit heures de repos, les pertes de sang s'arrêtent et la malade est examinée le vendredi suivant à la leçon clinique du Professeur Faure.

Voici les quelques questions qui furent posées au cours de cet examen :

Le premier point à résoudre est de rechercher si la malade est enceinte : l'arrêt des règles chez une femme habituellement bien réglée, est un signe de grande valeur. La malade accuse un état nauséux le matin, un gonflement des seins avec picotement au niveau des mamelons, un état de lassitude inaccoutumé. Tous ces signes sont en faveur d'une grossesse.

Deuxième question : étant donné que la malade présente des signes de grossesse, s'agit-il d'une grossesse normale ? et dans ce cas la perte récente de sang, est-elle une menace d'avortement ? A l'examen : on trouve un col dur et fermé.

L'utérus peu mobile, en rétroversion, est gros, mais dur ; il ne s'agit pas de grossesse normale avec menace d'avortement.

Troisième question : il existe une tuméfaction molle latéro-utérine

gauche du volume d'une orange. Il s'agit donc d'une grossesse anormale. Mais, s'agit-il d'une grossesse angulaire, qui laisse à la malade l'espoir d'une maternité, ou s'agit-il d'une grossesse interstitielle, ou tubaire, qui nécessitent une intervention chirurgicale ?

La tuméfaction siège au niveau de la corne utérine, elle pointe en avant et elle est sensible à la pression. Le ligament rond n'est pas perçu, ni les annexes à gauche. Il n'y a aucune modification de consistance de la tumeur, d'un examen à l'autre. On pense plutôt à une grossesse interstitielle, en voie d'évolution, et la malade est gardée au lit en observation avec l'idée d'intervenir de suite en cas de rupture.

Pendant près d'un mois, la malade garde le lit, sans accuser aucun trouble grave.

La tuméfaction latéro-utérine ne se modifie pas ; elle a plutôt une tendance à diminuer, les seins sont moins durs, et on admet l'idée que cette grossesse est arrêtée dans son évolution.

Le 12 mars, de nouvelles pertes de sang apparaissent avec quelques douleurs.

On considère qu'il n'y a aucune chance de maternité pour la malade, et qu'il faut opérer sans plus tarder.

Opération le 13 mars 1928. Anesthésie générale (mélange de Schleich). Opérateur, Professeur Faure.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. On trouve des phénomènes de péritonite plastique avec des adhérences multiples entre les anses intestinales. Libération de ces adhérences aux ciseaux permettant de récliner les anses grêles.

Il reste des adhérences très fortes du côlon pelvien et du rectum à la région utéro-annexielle.

L'utérus n'est pas senti tout de suite. On extirpe d'abord une masse annexielle gauche kystique. C'est évidemment cette masse annexielle qui avait été prise pour la grossesse ectopique. Le corps de l'utérus étant masqué par suite d'une rétroversion adhérente, on pratique une décolation antérieure.

Les deux artères utérines apparaissent de chaque côté de la section du col, et sont pincées. Pour décoller le corps, on fend l'utérus du col vers le fond en faisant une hémisection rétrograde.

Ablation de l'annexe droite avec la moitié droite de l'utérus. Ablation de la moitié gauche de l'utérus.

Après ligature des pédicules, on pratique des ligatures supplémentaires surtout à gauche.

Péritonisation incomplète à gauche. Drain Mickulicz et pansement.

Les suites opératoires ont été favorables. L'état fébrile persiste une dizaine de jours après l'ablation du Mickulicz. La cicatrisation se fait peu à peu et la malade quitte l'hôpital dans les premiers jours d'avril.

Conclusion : rétroversion adhérente avec annexité gauche simulant une grossesse ectopique non rompue, peut-être interstitielle avec suspension des règles durant deux mois et petits signes de grossesse.

Nous venons de citer une série d'observations qui montrent bien la complexité du diagnostic des affections tumorales juxta-utérines. Quel crédit doit-on accorder aux signes classiques de la grossesse au début. L'arrêt des règles, ce symptôme cardinal, n'est pas lui-même infaillible. Outre les cas d'aménorrhées dont la cause nous échappe, nous connaissons des cas pathologiques où il peut exister en l'absence de toute grossesse. La menstruation disparaît du cours des lésions annexielles et en particulier de la salpingo-ovarite tuberculeuse et dans les ovarites kystiques. Capricieuse, elle peut se rétablir deux ou trois mois après. Dans les grossesses ectopiques ou angulaires, au contraire, un pseudo-flux menstruel peut être constaté aux premiers mois et, plus rarement, pendant tout le cours de la gestation. Il est vrai qu'il s'agit en ce cas non de véritables règles, mais d'hémorragies issues du point de nidation défectueuse de l'œuf, et caractérisées par des caillots sanguins.

Les signes sympathiques de grossesse ont peu de valeur clinique. Tout arrêt de règle cause des désordres de l'organisme féminin suffisants à produire ces troubles généraux, non spécifiques.

Les modifications des seins, élancements dans la glande, coloration de l'arcale, liquide séreux par pression sur le mamelon sont des signes sérieux de présomption. Mais outre qu'ils sont très difficiles à rechercher, ils n'ont de réelle valeur que chez la primipare.

L'attention des auteurs attirée sur ces points, on a cherché l'appui de tests de laboratoire permettant un diagnostic ferme.

ZAMPA a proposé la recherche de la glycosurie phlorizinique, laquelle se serait montrée positive vingt et une fois sur trente sept cas de grossesse, tandis qu'elle ne l'aurait été que dans quarante-trois pour cent des cas d'affections pathologiques de la femme. De l'avis même de l'auteur, il est difficile de se défendre de toutes réserves sur une réaction dont les résultats sont si peu démonstratifs.

Des recherches ont été effectuées par SIGALAS (1) (d'Athènes, assistant étranger à l'hôpital Broca) sur la réaction de sédimentation des globules rouges au cours de la grossesse extra-utérine :

Quand on ajoute une solution de citrate de soude à du

(1) SIGALAS. — Diagnostic de l'hématocèle par la réaction de sédimentation. Gyn. et Obst., juillet 1927.

sang prélevé par ponction veineuse, le sang ne coagule pas. Les globules rouges tombent peu à peu au fond du tube, c'est le phénomène de la sédimentation. Le temps de sédimentation est de durée variable; il est très sensiblement diminué, s'il existe une hématocele, écourté de moitié sur les chiffres moyens obtenus chez les individus sains. Cette épreuve n'est malheureusement pas spécifique et l'expérience montre qu'il est possible de la retrouver dans d'autres cas, dont en particulier, les lésions inflammatoires des annexes.

Pour FARRAR (1) la salpingite produit une augmentation permanente des leucocytes sans modification du nombre des hématies tandis que la grossesse tubaire s'accompagnerait d'un nombre normal de globules blancs, s'il n'y a pas de rupture. Dans le cas d'inondation péritonéale, les globules rouges diminuent en fonction de l'abondance de la soustraction sanguine tandis qu'à l'inverse de ceci, les éléments de la série blanche augmentent en proportion de l'intensité du sang épanché dans le péritoine. Nous avons cité l'observation de Jacquin à propos de laquelle avait été effectuée la numération des éléments figurés du sang. L'erreur n'a pas pu être évitée cependant.

Il nous reste maintenant à étudier un troisième groupe d'états morbides. Nous avons ici la certitude d'un début de grossesse. La question devient la suivante :

(1) FARRAR. — Valeur de la numération des leucocytes pour le diagnostic des G. T. *Surg. Gyn. and Obst.*, Chicago, novembre 1925.

S'agit-il de gestation physiologique ou ectopique et dans ce cas l'œuf est-il interstitiel, isthmique ou ampullaire.

L'ovule, après fécondation, peut se fixer au niveau d'une corne d'un utérus normal, donnant naissance à la production d'une grossesse angulaire. Le diagnostic est ici particulièrement complexe et délicat. Pourtant, il présente un intérêt clinique de tout premier ordre. Si la grossesse angulaire paraît pathologique au début de la gestation, nous voyons les phénomènes morbides rentrer bientôt dans l'ordre et l'évolution aboutira à la naissance d'un enfant vivant par accouchement spontané. Dans la grossesse interstitielle ou tubaire, l'opération s'impose, l'évolution se fait fatalement vers la rupture. nous l'avons vu, avec les conséquences graves qu'elle entraîne. En feuilletant la littérature médicale, nous constaterons pourtant que les méprises n'ont pas été rares. Comment se présente, en effet, la grossesse angulaire :

Il s'agit presque toujours d'une femme dont les règles se sont arrêtées. Au deuxième ou au troisième mois, quelques pertes rouges avec caillots peuvent apparaître, tandis que la malade accuse un point douloureux dans le bas-ventre et latéralement. L'idée qui vient aussitôt à l'esprit est l'hypothèse de grossesse ectopique. Le toucher vaginal, nous permettra alors de constater un utérus un peu augmenté de volume, mais dont la taille ne correspond pas à la date de la gestation présumée. Le ramollissement du col, celui de l'isthme sont très peu marqués. A côté de l'utérus, et semblant le plus souvent

séparée de lui par un sillon, on perçoit une tumeur de consistance variable, bosselée et qui peut être partiellement mobilisée indépendamment de l'utérus. Jusqu'ici les symptômes signalés sont absolument identiques à ceux rencontrés dans les grossesses tubaires. Mais il y a un signe qui acquiert une importance capitale et sur lequel le Docteur DOUAY a attiré notre attention dans son enseignement. Lorsque l'on examine à plusieurs reprises et à plusieurs jours d'intervalle, la malade, on peut percevoir des modifications de consistance de la tumeur fœtale. Ce phénomène résulte de la structure anatomique de la coque périembryonnaire. En effet, l'œuf inclus dans la corne utérine est, en réalité, entouré par le tissu musculaire utérin qui a conservé sa structure propre. La fibre musculaire garde sa propriété : la contractilité. On comprend aisément alors, suivant l'état de contraction de cette fibre, que la tension du liquide amniotique soit variable et permette la dépression de l'œuf à l'état de relâchement tandis que l'observateur aura une impression de tumeur rénitente pendant la contraction. Comme il s'agit d'un muscle lisse, ce phénomène se produira avec lenteur d'où la nécessité d'examens répétés pour le constater. Pour l'apprécier il sera nécessaire de comparer la consistance de la tumeur et du globe utérin et on constatera tantôt celui-ci, tantôt celui-là plus ferme que l'autre. Ce signe est, il est vrai, difficile à constater, mais il a une très grande valeur, car il élimine d'emblée les grossesses extra-utérines, tubaires ou ovariennes.

nes. Dans les cas de gestation interstitielle, il y a bien des fibres musculaires utérines sur la paroi du sac. Mais ici, cette paroi devient d'une telle minceur qu'elle perd la faculté de se contracter, et WAEGELI ne signale que MURET, LIVON et WINDISH, qui auraient pu en ce cas constater ce phénomène.

Du signe du ligament rond, on ne tire pas de renseignements intéressants. Dans les deux cas l'insertion de ce cordon fibreux est latérale à la tumeur juxta-utérine. De plus, sur le vivant, il est bien rare de percevoir sous la main cette insertion. Il faut se trouver dans des cas tout particuliers et rares de parois d'extraordinaire souplesse. Encore faudrait-il que le ligament soit tendu et non relâché et perdu dans les tissus périutérins.

L'insertion asymétrique des annexes et son corollaire, le signe de RUGE, SIMON, méritent de retenir davantage notre attention. Dans l'examen gynécologique, ils sont assez délicats à apprécier et généralement il est difficile de certifier l'ascension verticale du fond utérin.

En somme, nous venons de voir un certain nombre de signes, mais, à l'exception de la constatation du muscle utérin autour de l'œuf que l'on peut avoir la bonne fortune de rencontrer, ceux-ci ne nous permettent pas d'affirmer un diagnostic de localisation. Le doute demeure entre la grossesse interstitielle et la nidation au niveau de la corne. Et pourtant le pronostic est tout différent, nous l'avons déjà si-

gnalé ! Quelle attitude prendre ? L'évolution nous renseignera, c'est vrai, mais pouvons-nous et devons-nous attendre d'elle la clef du mystère ? Le problème est tout différent à notre avis, suivant qu'il s'agit de clientèle urbaine ou rurale. Dans le premier cas, la malade est placée dans une clinique ou un service hospitalier où toutes les dispositions sont prises pour parer au pire. Rien ne presse, et on peut temporiser. Au moindre signe d'hémorragie interne, le chirurgien interviendra. Si au contraire l'expectative armée ne peut être observée, si la malade doit être abandonnée à elle même loin d'un centre chirurgical, il nous paraît préférable d'effectuer une laparotomie exploratrice. Cette intervention permettra d'avoir une certitude sur le siège exact de la grossesse et d'agir en conséquence.

Nous empruntons à MM. J.-L. FAURE, DOUAY et ROCHAT les deux observations suivantes, qui présentent, selon nous, un grand intérêt à l'appui de ce que nous venons de dire.

Mme K..., 32 ans. Pas d'enfant. Dernières règles 1^{er} juin 1921, ne durent que deux jours, puis arrêt. Au début de juillet, pas de règles.

Elle part au bord de la mer et pendant le voyage perd un peu de sang. Son séjour est troublé par un état nauséux et de fatigue générale.

A la fin de juillet, après un bain de mer, la malade ressent une douleur dans le bas ventre et perd un peu de sang noir. Le 20 août, nouvelle douleur dans le bas ventre, à gauche, suivie de la perte de quelques caillots.

La malade se couche. Le 1^{er} septembre elle rentre à Paris et voit un médecin, Dr R..., qui pense à une grossesse extra-utérine avec petite

hématocèle à gauche. L'un de nous est appelé en consultation pour juger de l'opportunité d'une laparotomie.

Au toucher, le col est mou, c'est un col de grossesse. Le corps de l'utérus est gros sans cependant représenter une grossesse de trois mois. A gauche et immédiatement au-dessus et en dehors de lui, on sent une masse pâteuse, arrondie, indolore, avec une partie plus dure et très sensible, placée plus en dehors et en arrière.

Cette masse latéro-utérine paraît être une grossesse tubaire en évolution, ayant en arrière d'elle un gros ovaire congestionné et sensible. Rien dans le Douglas. A un toucher plus attentif, on remarque que le fond de l'utérus ne se sépare pas nettement de la masse latéro-utérine, il n'y a pas d'encoche nette mais plutôt une différence de consistance, plus ferme sur l'utérus, plus molle sur la masse latérale. L'utérus lui-même est un peu plus globuleux, son fond n'est pas perçu, il se continue obliquement avec la masse latérale. Celle-ci suit les mouvements imprimés à l'utérus.

En somme j'hésite et je me demande s'il ne s'agit pas d'une grossesse angulaire. Après quelques instants d'examen, cette impression est si nette que malgré l'attente du médecin traitant de la famille, qui est préparé à l'idée de l'opération, je préfère m'abstenir. Aucun signe grave ne nous force à intervenir d'urgence. En cas d'aggravation subite, toute disposition est prise pour pouvoir opérer rapidement et je conseille à la famille d'attendre quinze jours, l'époque présumée des règles, pour faire un nouvel examen et prendre une détermination définitive.

Je n'ai pas revu la malade. Quelques jours après, la famille, à l'insu du médecin traitant, faisait venir un autre chirurgien. Elle fut opérée d'urgence pour grossesse extra-utérine. On reconnut un utérus gravide. On fit l'ablation de l'ovaire gauche, congestionné et gros.

La grossesse continua.

Mme K... a accouché normalement le 10 janvier 1922, d'un enfant très bien portant.

Mme A. M..., 20 ans, pas d'enfant, pas de fausse-couche. — La malade entre dans le service le 31 décembre 1921, avec le diagnostic de grossesse tubaire au début.

Dernières règles le 10 octobre 1921, normales.

Depuis lors, la malade n'a plus ses règles, cependant elle a eu à deux reprises de petites pertes de sang. La première le 10 novembre, la seconde le 5 décembre. Ces pertes ont duré une dizaine de minutes. Elles n'étaient pas douloureuses.

Depuis la fin d'octobre, vomissements assez fréquents, suivant immédiatement les repas.

A l'examen, le col est un peu mou, le fond de l'utérus est un peu dévié à droite. On sent sur la corne gauche une masse arrondie, assez molle, indolore, présentant une mobilité relative sur l'utérus lui-même qui est dur et contracté.

L'utérus est parfaitement mobile et la masse latérale suit les mouvements imprimés au corps utérin. On pense alors à une grossesse angulaire.

Un toucher fait le lendemain permet de trouver les modifications suivantes : La masse latérale est dure et contractée. Le corps utérin est, par comparaison, plus mou que la masse latérale. Cette constatation nous permet d'affirmer le diagnostic de grossesse angulaire.

La malade sort de l'hôpital le 7 janvier 1922, avec le conseil de revenir à la consultation.

Elle est revenue plusieurs fois et l'examen a permis de constater que l'utérus reprenait peu à peu la forme normale d'un utérus gravide. Au quatrième mois, il n'était pas encore tout à fait arrondi. La grossesse a évolué normalement et l'accouchement s'est produit sans difficultés, le 16 juillet 1922.

Les grossesses angulaires ne sont pas seules causes d'erreurs de diagnostic, dans les cas douteux de gestation interstitielle. Des modifications de situation ou de structure de l'utérus de grossesses à évolution physiologique peuvent poser la question. Un utérus latérofléchi et plus ou moins fixé en position vicieuse par exemple, peut nous faire hésiter. Nous

rapportons ci-dessous l'observation de M. le D^r DOUAY, pour en juger.

Mme X..., 23 ans. Pas d'enfant. — La malade entre à l'hôpital Broca en octobre 1919, sur le conseil du D^r Haller, chargé de la consultation. On pense à une grossesse tubaire de deux mois environ.

Dernières règles en août. Pas de règles en septembre ni octobre. La malade se croit enceinte, mais elle a présenté quelques douleurs du côté gauche et des pertes blanches, c'est pour cette raison qu'elle est venue à la consultation.

A l'examen, on trouve : Le col assez mou, l'utérus un peu gros. A gauche, en haut, on perçoit une masse arrondie, molasse, séparée de l'utérus par un sillon profond. La mobilité de cette masse n'est pas nette et les mouvements ne se transmettent pas directement au corps utérin. Aucune douleur, sauf sur un point où l'on croit percevoir l'ovaire gauche.

Le lendemain, la malade est présentée au professeur Faure, avec le diagnostic de grossesse tubaire en évolution, nécessitant une opération sans tarder. Après examen, le professeur FAURE met en doute ce diagnostic. Il signale un cas déjà ancien, absolument analogue, où il a fait lui-même l'erreur de diagnostic jusqu'à l'opération inclusivement. Il montre que la masse latéro-utérine gauche peut être soulevée par les doigts et qu'alors cette masse n'apparaît plus comme une tuméfaction annexielle, mais qu'elle paraît continuer directement l'utérus.

Son diagnostic est : Grossesse normale avec latéro-déviation du fond de l'utérus. Sa conclusion est qu'il faut attendre l'époque des prochaines règles et ne pas opérer.

L'évolution a confirmé ce diagnostic. La malade est restée en observation à l'hôpital, puis elle est rentrée chez elle, revenant se montrer de temps à autre à la consultation. L'utérus, en se développant, s'est spontanément redressé et la grossesse a évolué normalement.

Des observations semblables ne sont pas rares. FIEUX,

CHAVANNAZ et LEFOUR en ont rapporté d'autres et le travail a été repris par de BATZ dans sa thèse.

De l'étude des travaux de ces auteurs, il semble résulter que le début de la grossesse avec vice de position de l'utérus gravide, est marqué par une association des signes de gestation avec quelques phénomènes anormaux qui attirent l'attention de la malade : phénomènes douloureux de la sphère génitale, quelques pertes sanguines pouvant faire supposer à la malade la possibilité d'une fausse-couche, et dans tous les cas conduisant cette femme à la consultation.

L'examen gynécologique montrera, au-dessus du dôme vaginal, la portion inférieure de l'utérus. Séparée de celle-ci par l'intermédiaire de la portion isthmique ramollie, on percevra une tumeur juxta-utérine, constituée par le fond utérin gravide et latérofléchi, tandis que la portion sous-isthmique de l'utérus augmentée de volume en imposera pour un utérus total et vide.

Dans la dernière observation ci-dessus relatée, cette latéro-déviatiou était réductible, et ce signe, apprécié par le professeur Faure, avait suffi à faire la différenciation avec une tumeur ectopique. Mais cette réduction ne peut pas être effectuée dans tous les cas, ou ne peut l'être parfois que difficilement et imparfaitement, par suite d'adhérences.

De ces formes de grossesses, il convient de rapprocher les utérus à fluxion, cités par BONNAIRE, où l'utérus a

subi une expansion latérale sous l'influence, sans doute, de la poussée ovulaire.

M. LE LORIER rapporte, se rattachant à ce groupe, l'observation suivante :

Il s'agit d'une femme de 30 ans, qui était enceinte pour la quatrième fois. Les dernières règles avaient eu lieu du 14 au 20 mars 1919. Elle avait perdu un peu de sang en avril et en mai, en quantité infime d'ailleurs, et avait eu quelques douleurs abdominales assez violentes, ayant le caractère de coliques siégeant surtout à droite.

Elle pensait être enceinte et vint me consulter.

Au lieu de l'utérus gravide que je m'attendais à trouver, je découvris à droite d'un utérus un peu volumineux, une grosse masse arrondie, très molle, nettement perceptible par le toucher combiné au palper, débordant largement l'arcade fémorale, de trois bons travers de doigt, séparée de l'utérus par un sillon nettement perceptible au toucher vaginal.

L'utérus était gros et dur, contracté. Sa surface était un peu tumésciente, comme celle d'un utérus après la rétraction qui suit la délivrance. On sentait nettement la saillie du ligament rond à gauche.

L'exploration de cette tumeur permettait de sentir nettement un ballottement ; à l'auscultation : on entendait faiblement, mais nettement les battements d'un cœur fœtal.

En présence de ces constatations je ne portai pas un diagnostic ferme, mais craignant une grossesse ectopique, je fis entrer la patiente en observation dans une maison de santé et je retournai la voir le lendemain matin. Quelle ne fut pas ma stupéfaction de constater que la tumeur si nette que j'avais trouvé à droite de l'utérus n'existait plus ! Par contre, une tumeur nouvelle était apparue à gauche.

Le phénomène était si anormal que j'aurais pu penser m'être trompé de côté si je n'avais pris la précaution, lors de mon premier examen de faire sur la fiche d'observation un petit schéma de la tumeur.

La première était bien à droite, la seconde bien à gauche. Cette seconde tumeur présentait le même volume, la même forme, la même

consistance que la première, mais elle offrait cette différence qu'elle paraissait bien moins distincte du corps utérin. La première faisait penser d'emblée à un kyste fœtal para-utérin, la seconde, plutôt à une grossesse angulaire. L'expectative était plus que jamais de rigueur et, en effet, les jours suivants cette seconde tumeur disparut peu à peu pour se fondre dans un utérus gravide de consistance à peu près normale, ayant peut-être une ébauche de sillon médian au niveau de son fond.

Ultérieurement, cette grossesse a poursuivi son cours normalement sans incident et s'est terminée à terme et spontanément par la naissance d'un enfant vivant en présentation du sommet.

Nous venons de constater, par les observations ci-dessus, la complexité du diagnostic de localisation de l'œuf dans certains cas cliniques un peu particuliers. La difficulté sera encore bien plus grande si on se trouve en face de malformations de l'arbre génital féminin, susceptibles de réaliser les tableaux cliniques les plus divers. Il est bien évident que seront plus délicates à dépister les malformations peu caractérisées ne se traduisant que par des signes frustes.

Le diagnostic se présentera avec d'autant plus de complexité que l'utérus se rapprochera plus de la normale. Ceci semble paradoxal, mais il est facile de comprendre que le tableau clinique réalisé par un utérus double avec un cloisonnement vaginal ou avec deux cols perceptibles séparément, nous aiguillera rapidement sur la voie de l'exactitude. Nous laisserons donc de côté les cas où il est possible de déceler un septum vaginal ou de caractériser l'utérus didelphe. En pratique, il n'est malheureusement pas toujours aisé d'i-

dentifier les deux cols, et trop souvent on oubliera la possibilité même d'une malformation génitale. L'utérus gravide, bridé dans son expansion par la présence de son voisin, va tendre à emplir la fosse iliaque du même côté que lui et le toucher nous permettra de déceler deux tumeurs. L'une, de taille restreinte, représente l'utérus vide, augmenté de volume sous l'influence de l'état puerpéral, l'autre plus grosse, moins lisse, déjetée latéralement. A son niveau, on pourra percevoir des différences de consistance secondaires à la contraction des fibres musculaires et signe qu'il ne s'agit pas de grossesse tubaire.

Avec un utérus bicorné, des modifications tout à fait analogues vont être constatées, mais ici DAVID, dans sa thèse, a signalé un signe qui serait caractéristique. Il s'agit d'une malformation qui existe presque toujours concomitante à l'utérus bicorné. Le toucher permettrait, en effet, de percevoir l'existence d'un ligament dirigé d'avant en arrière. Inséré en avant sur le fond vésical, il se fixerait d'autre part sur la face antérieure, comprenant de la sorte deux portions, une antérieure ou vésico-utérine, l'autre postérieure utéro-rectale. Ce signe ne peut pas être toutefois considéré comme pathognomonique de l'utérus bicorné, et ne peut être pris que comme adjuvant.

Avec l'utérus bi-loculaire, nous aurons deux tumeurs accolées, l'utérus vide adhérent à son congénère gravide, donc encore possibilité d'erreur.

Dans un utérus arcuatus, nous avons encore un degré de moins, mais la grossesse va se présenter sous la forme clinique de gestation angulaire, comme en témoigne l'observation de Muret, signalée dans la thèse de BATZ.

Mme S..., six enfants, plusieurs fausses-couches, curettage à sa dernière grossesse. Depuis, régulièrement réglée. Dernières règles, en mars 1894. En avril, perte de sang avec expulsion d'une sorte de membrane.

Elle se présente à ma consultation le 29 juin. Robuste, bien portante, seins gros, pas de colostrum, ventre gros et flasque. Dans la fosse iliaque gauche, tumeur sphérique, grosse comme le poing, changeant de consistance sous la main exploratrice. Par le vagin, la portion vaginale est très ramollie et assez volumineuse, l'orifice externe est ouvert. Le col se dirige un peu à droite et l'on peut palper au-dessus de lui un utérus augmenté de volume, allongé, antéfléchi et situé nettement à droite. Le long de son bord latéral gauche se trouve comme accolée la tumeur que l'on sent depuis l'extérieur et qui présente maintenant une consistance tout à fait molle et se dirige un peu en avant de façon à recouvrir un peu la face antérieure gauche de l'utérus.

Pas de bruits fœtaux à l'auscultation. A droite de l'utérus, on peut palper l'ovaire droit. A gauche, il y a comme un ligament qui paraît se diriger de la partie supérieure de l'utérus vers la tumeur. On sent nettement l'utérus comme un organe complet et je pense immédiatement à la possibilité d'une grossesse extra-utérine. Cependant, comme les rapports entre la tumeur et l'utérus me semblent très intimes je songe également à la possibilité d'un utérus double avec grossesse dans une cavité et mets la malade en observation.

Je revois la malade quelque temps après. Elle a fait la veille un long voyage pour aller consulter un professeur célèbre. Celui-ci a fait le diagnostic de grossesse ectopique et introduit un hystéromètre dans l'utérus. Il propose d'opérer le lendemain. Dans les jours qui suivent, pertes aqueuses et sanguines, assez vives douleurs, bon état général.

Le tableau change au point de vue de l'examen local, Le toucher vaginal montre le col ouvert jusqu'au niveau de l'orifice interne. L'utérus est toujours nettement palpable, en antédextroflexion. Il se détache très nettement de la tumeur qui accuse, comme auparavant son bord gauche. Les mouvements imprimés à la portion vaginale se transmettent seulement à droite de l'utérus, tandis que la tumeur n'y participe pas. Cette indépendance de la tumeur et de l'utérus et l'indépendance également des contractions de ces deux corps me font admettre la possibilité d'une grossesse extra-utérine. Quelques heures plus tard, expulsion d'un fœtus de quatre mois et demi.

Le col est simple, la cavité utérine est vaste, spacieuse, allongée. A gauche, la cavité est grande et arrondie. A droite, le doigt pénètre dans une corne utérine très allongé. Il n'existe pas de septum, mais une proéminence médiane au niveau du fond de l'organe qui aussi la divise en deux cavités. Le palper abdominal permet de reconnaître nettement l'utérus cardiaforme ou arqué. J'enlève quelques débris placentaires.

Suites de couches parfaitement normales.

Dans le *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, de février 1928, M. DESNOYERS rapporte un cas analogue, aussi intéressant que curieux, d'une grossesse dans un utérus bicorne, ayant simulé une grossesse interstitielle, que nous reproduisons ci-dessous, et qui montre même, pièce en main, combien il est souvent impossible de différencier la grossesse interstitielle de la grossesse angulaire ou dans un utérus malformé.

B... Andrée, primigeste. Sans antécédents intéressants. Nous notons seulement qu'elle a été réglée à douze ans, et que ses règles, indolores, ont toujours été très abondantes.

Elle a eu ses dernières règles le 20 septembre 1927. En novembre, apparaissent des nausées, des vomissements et des douleurs lombaires très pénibles.

Le 28 décembre, la malade très fatiguée, est prise d'une douleur abdominale intense, déterminant une syncope.

Le 2 janvier, nouvelle perte de connaissance. Un médecin appelé diagnostique après examen une grossesse ectopique et pose l'indication opératoire immédiate.

Ce n'est cependant que le 8 janvier que la malade qui souffre de plus en plus se décide à venir consulter à la Maternité.

A l'examen^e : col utérin paraissant peu ramolli et fortement dévié regardant à gauche. Par le palper combiné, au toucher, on individualise sans peine deux masses : l'une droite se continuant avec le col et qui est manifestement l'utérus augmenté légèrement de volume, mais sans caractère de gravidité. Le corps utérin paraît, en particulier, de consistance très ferme.

L'autre gauche, plus molle, du volume d'une orange et paraissant bilobée.

Les rapports de l'utérus et de la tumeur gauche sont intéressants : il existe entre les deux un profond sillon perceptible aussi bien en haut qu'en bas. Lorsqu'on immobilise l'utérus, la tumeur peut être facilement mobilisée, et réciproquement, ce qui démontre l'indépendance des deux masses.

La tumeur gauche est douloureuse.

L'arrêt des règles, les douleurs, les syncopes, nous font penser à une grossesse extra-utérine.

Mais l'absence de métrorragies, la mobilité relative de la tumeur font faire des réserves sur la possibilité d'un kyste de l'ovaire.

Intervention le 7 janvier 1928 (Desnoyers-Digounet). Après laparotomie, on constate la présence : d'un utérus fortement déjeté à droite, peu augmenté de volume, dur, et d'une tumeur gauche arrondie, bleu-
tée, de paroi comme amincie, de consistance kystique. Cette tumeur est séparée de l'utérus par un profond étranglement circulaire de sorte qu'à première vue, nous pensons à un hydrosalpinx, d'autant plus que la tumeur est remarquablement mobile sur l'utérus, la zone d'étranglement faisant charnière.

Mais un examen plus minutieux montre que l'insertion du ligament

rond gauche se fait sur la tumeur même et non en dedans d'elle, ce qui ramène au diagnostic de gestation interstitielle ou de gestation angulaire.

Il existe de plus un kyste de l'ovaire gauche (kyste uniloculaire du volume d'une petite mandarine) qui explique la sensation de tumeur bilobée perçue au toucher. La conduite à tenir est délicate : simple ablation du kyste ovarien ou hystérectomie.

Nous souvenant des douleurs qu'accusait cette femme de ses syncopes récidivantes — constatant d'autre part la minceur apparente de la poche para-utérine — craignant enfin qu'il ne s'agisse de gestation interstitielle, nous nous décidons pour l'hystérectomie supra-vaginale.

L'intervention est effectuée sans accidents. Les suites ont été tout à fait satisfaisantes et la malade est retournée chez elle en excellent état.

Un fait très intéressant s'est produit, l'intervention terminée, alors que nous examinions la pièce, progressivement le sillon circulaire qui existait entre la tumeur et l'utérus s'est effacé sous nos yeux, en même temps que la partie inférieure de l'utérus se dilatait, comme si le contenu de la poche kystique tendait à passer dans l'utérus.

Une heure après l'intervention, l'aspect de la pièce s'était considérablement modifié. La tumeur s'était pour ainsi dire incorporée à l'utérus. Il n'y avait plus d'autre trace de sillon qu'une encoche à la partie supérieure, et l'aspect de l'ensemble était manifestement celui de l'utérus double unicol. Il est évident, que si l'utérus avait présenté cette forme au moment de l'intervention, nous n'aurions en aucune hésitation à le conserver.

L'examen de la pièce coupée après fixation au formol a confirmé ce diagnostic, en montrant qu'il s'agissait bien d'un utérus bicorne, en cœur, avec un éperon séparant, au niveau du fond, les deux cavités.

Dans la moitié gauche était développé un œuf d'environ deux mois, dont le placenta s'insérait à l'extrémité de la corne. La moitié droite avait gardé sa dureté de même que l'isthme et le col, contrastant ainsi avec la consistance de la corne gauche gravide.

Il existait enfin, au pôle inférieur de l'œuf entre le chorion et la caduque, un caillot sanguin qui nous fait penser que cette gestation se serait vraisemblablement terminée par un avortement.

Cette observation est très intéressante parce qu'elle nous montre la défaillance du signe, du ligament rond dans certains cas, nous met en garde contre une intervention hâtive, et doit nous faire penser, en cas d'hésitation, à une grossesse normale, mais dans un utérus anormal ou à fluxions

Dans la même revue (*Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*). M. Desoubry publiera prochainement l'observation suivante, qu'il a eu l'amabilité de nous communiquer :

Mme N..., 40 ans, est venue consulter à la clinique Tarnier, pour la première fois le 20 janvier 1928. Rien de particulier dans ses antécédents, si ce n'est qu'elle fut opérée d'urgence en Provence, 1925, d'une grossesse extra-utérine rompue. En dehors de cet accident, rien à signaler.

Elle a toujours été très régulièrement réglée, en particulier. A eu ses règles très exactement tous les trente jours depuis son opération extra-utérine jusqu'au mois d'octobre 1927.

Pas de règles en novembre. Règles en apparence normales le 20 décembre. Quand nous la voyons au mois de janvier, elle venait demander si elle était enceinte, son attention étant attirée, d'une part, par l'absence des règles de novembre. Et d'autre part, par quelques troubles sympathiques, en particulier, un vomissement léger, envie fréquente d'uriner et pesantier dans les membres inférieurs.

A l'examen, on trouve un utérus un peu plus gros que la normale, paraissant régulier, non douloureux et tout à fait libre. Rien dans les annexes.

On conclut à la possibilité d'une grossesse, mais d'une grossesse très jeune, et on demande à la femme de revenir au bout de six semaines.

Brusquement le 15 mars 1928, on est appelé auprès de cette femme qui présente les signes typiques d'une extra-utérine rompue, qui consistent en quelques pertes sanglantes depuis quarante-huit heures. Elle

s'est subitement trouvée mal, en même temps elle accusait un violente douleur pelvienne. A l'examen, on est frappé par son état général qui paraît particulièrement grave. Elle est très pâle, fait des syncopes successives, et dit qu'elle va mourir. On ne sent plus le pouls. Le ventre est généralement douloureux. Au toucher, le col est entr'ouvert, et le cul-de-sac de Douglas est douloureux.

Deux heures plus tard, la femme est opérée. Opérateur : M. Brindeau. A l'ouverture du ventre, on trouve du sang en quantité moyenne, quelques caillots dans le Douglas.

Il ne s'agit évidemment pas d'une grande inondation péritonéale. On remarque qu'il s'agit d'une grossesse extra-utérine gauche très voisine de l'utérus, et que la simple ablation du kyste compliquerait notablement l'intervention. On pratique donc l'hystérectomie subtotal, d'autant plus que la femme n'a plus d'annexe du côté droit.

Fermeture de la paroi en trois plans. Suites opératoires parfaites.

Examen macroscopique de la pièce :

L'ensemble de la pièce montre la déformation classique de la verticalisation de la corne gravide. Celle-ci est d'ailleurs peu augmentée de volume. Dans l'ensemble, la pièce ressemble aux organes génitaux masculins, dont le gland serait constitué par la corne gravide, et les testicules par le corps lui-même. Il existe, en effet, deux tubérosités, l'une correspondant à la corne vide, l'autre à la section du col. La corne gravide a le volume d'une grosse prune violette dont elle a, du reste, le volume. Le ligament rond s'insère à l'union du tiers interne avec les deux tiers externes de la corne gravide. Par conséquent, il est franchement en dedans.

La trompe du côté malade présente sur la pièce ratatinée au formol cinq centimètres de longueur. L'ovaire gauche (côté malade) présente le corps jaune. La corne droite ne contient que l'ovaire, la trompe ayant été sectionnée.

La cavité utérine est en forme triangulaire du côté gravide, car l'angle utérin est un peu plus profond.

Il existe nettement un mur de muscle entre la corne et la grossesse. Celle-ci est constituée par une masse violacée, pleine de caillots durs.

Le placenta semble s'insérer au pôle interne du caillot.

Il existe une caduque mais incomplète.

L'insertion de la trompe du côté malade est plus élevée que du côté sain. La distance entre la section du col jusqu'à la corne non gravide est de cinq centimètres, la même section vers la corne gravide est de neuf centimètres et demi.

A la surface de la corne gravide, on voit qu'il existe deux fissures, et que le péritoine en différents points est excessivement aminci.

Cette observation est très intéressante au point de vue type de grossesse interstitielle, au point de vue étude histologique, et nous regrettons de n'avoir eu le temps nécessaire pour compléter son étude. Elle est néanmoins très instructive au point de vue technique opératoire.

Nous venons de voir successivement les nombreuses erreurs de diagnostic faites à propos des grossesses interstitielles. Nous ajouterons que ce diagnostic est pratiquement d'une difficulté extrême, avant la rupture, et nous en convainçons en voyant le nombre restreint de cas où il a pu être fait.

Aussi, croyons nous utile de présenter le cas personnel suivant :

OBSERVATION INÉDITE

(Recueillie dans le Service du Professeur Jean-Louis Faure)

Mme Z..., âgée de trente-neuf ans, entre dans le service de Gynécologie de l'hôpital Broca, le 17 janvier 1928.

Dans ses antécédents, on note deux grossesses normales, dont la dernière remonte il y a sept ans. Les accouche-

ments ont été faciles et effectués sans complications. Il n'y a pas eu de fausse-couche, les règles surviennent à date fixe l'état général est bon.

Il y a trois ans, une hématocele donne lieu à une intervention : incision transversale avec ablation d'un œuf probablement situé dans le pavillon gauche. Les annexes, intactes, sont conservées. Les suites opératoires sont favorables, mais depuis cette date, la malade accuse une douleur continue dans le bas-ventre. Les règles demeurent régulières et peu abondantes. Elles sont survenues en novembre 1927, à la date habituelle, mais un peu moins abondantes que les mois précédents.

En décembre, pas de règles.

Le 13 janvier, époque présumée des règles, celles-ci apparaissent. Elles sont assez douloureuses et durent peu.

Souffrant depuis trois mois dans le ventre, plus qu'auparavant, la malade vient à l'hôpital où elle est admise le 17 janvier.

Au toucher, on trouve un utérus gros, douloureux, en rétroversion adhérente. Sa forme n'attire pas l'attention, on ne sent aucune bosselure anormale. Il est vrai, que le fond de l'utérus orienté en arrière est peu accessible au palper bimanuel. L'ovaire droit, mobile, paraît normal. L'annexe gauche est fixe sur le bord gauche de l'utérus. Elle n'est pas spécialement douloureuse.

On ne pense ni à la grossesse ectopique ni à la grossesse

normale, mais plutôt à un utérus en rétroversion avec métrite et salpingite ancienne. On ne peut penser à la possibilité d'une fausse-couche d'un mois le 13 janvier, car le col est fermé et dur. Le diagnostic est porté sur la fiche avec un point d'interrogation. Après huit jours de repos, on ne note aucune amélioration. Il n'existe ni fièvre, ni perte, mais l'utérus demeure toujours aussi douloureux. L'opération est proposée sans insistance à la malade qui, voyant son état se prolonger, accepte cette décision avec reconnaissance. L'intervention a lieu le 28 janvier 1928 :

Anesthésie générale au mélange de Schleich. Opérateur : Professeur FAURE.

Après laparotomie médiane, on trouve quelques adhérences dues à la première opération faite en 1925. L'utérus est gros et congestionné. Il est fixé en rétroversion par des adhérences anciennes englobant complètement l'annexe gauche. Sur la corne utérine droite, on voit une bosselure qui paraît être un ovaire adhérent contenant un kyste hématique. Ce pseudo-kyste se crève au cours des manœuvres de libération. L'hystérectomie subtotale est pratiquée par le procédé de Kelly, de gauche à droite, hémostase habituelle et péritonisation. La paroi est fermée en trois plans sans drainage.

Les suites opératoires ont été favorables et la malade est sortie guérie le 14 février, dix-sept jours après son opération, et elle a été revue le 8 mars, dans un état satisfaisant.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE LA PIÈCE :

Une fois la pièce enlevée, on s'aperçoit seulement de l'intérêt du cas observé.

La bosselure noirâtre n'est pas un ovaire kystique rempli de sang, mais une grossesse ectopique. On peut voir en effet, au milieu des caillots noirs, une vésicule blanchâtre qui est certainement un œuf de un mois environ. Il ne contient presque plus de liquide l'embryon n'est plus visible, il est probable que cet œuf est mort depuis quelque temps, peut-être depuis le 13 janvier, au retour des règles.

La paroi qui enveloppe l'œuf avec les caillots est très mince et imprégnée de liquide hématique. Elle se continue directement avec le muscle utérin en dedans et la portion isthmique de la trompe en dehors.

L'insertion du ligament rond se fait immédiatement en-dessous du pôle externe de la poche. Elle se fait en s'étalant en éventail, comme si l'implantation du ligament rond avait participé pour sa part à la formation de la petite tuméfaction. La cavité utérine étant ouverte et les cornes disséquées de chaque côté, on voit d'abord qu'il n'y a aucune espèce de fausse caduque dans l'utérus. Il est probable que celle-ci a dû être éliminée aux règles du 13 janvier.

Les deux cornes utérines présentent chacune une cavité à peu près symétrique.

Cette dissection permet de reconnaître avec précision

que l'œuf s'est formé dans la portion interstitielle de la trompe et qu'il a distendu la paroi de l'utérus en faisant une hernie pointant en haut, en dehors et en avant.

Les premiers millimètres de la trompe paraissent avoir participé à la formation de la poche. Mais l'implantation étalée du ligament rond montre bien que les trois quarts de la poche sont placés en dedans du ligament rond, donc proviennent de la portion interstitielle de la trompe et nous pensons pouvoir lui donner comme titre le suivant : « grossesse interstitielle non rompue de un mois et demi. »

Les suites de l'opération ont été favorables et la malade est sortie le 14 février 1927 de l'hôpital, 17 jours après son opération.

Revue le 8 janvier 1928 : état satisfaisant.

Nous terminons notre série d'observations en disant que la grossesse interstitielle évolue cliniquement comme une grossesse extra-utérine.

Quelques signes sont en faveur d'une grossesse interstitielle :

- a) Verticalisation du fond de l'utérus (Signe de Ruge-Simon).
- b) Asymétrie des annexes.
- c) Implantation latérale du ligament rond par rapport à la tumeur.

- d)* Proéminence en avant de la tuméfaction latéro-utérine (signe de Bar). Si au contraire la tumeur est en arrière basculée dans le cul-de-sac de Douglas, les probabilités seront en faveur d'une grossesse tubaire.
- e)* Variabilité de consistance d'un jour à l'autre. Ces signes malheureusement se trouvent dans la grossesse angulaire.

Seule l'évolution permettra de distinguer ces deux variétés de grossesse anormale, car l'angulaire devient bientôt une grossesse utérine, tandis que la grossesse interstitielle aboutit fatalement et rapidement à la rupture.

Diagnostic au cours de l'Opération

Il n'est pas toujours facile, même lorsque le ventre est ouvert de reconnaître rapidement le siège exact de la grossesse. Témoin l'observation signalée plus haut de Desnoyer où l'opérateur hésite sur la conduite à tenir et pratique l'hystérectomie pour une grossesse angulaire dans un utérus bicorné; une fois la pièce enlevée, l'anneau de contraction qui séparait la tumeur de l'utérus se relâche et l'œuf reprend sa place dans la cavité utérine.

Le chirurgien recherchera le ligament rond et examinera attentivement son point d'implantation sur l'utérus. Dans la grossesse interstitielle le ligament rond s'insère au-dessous et en dehors de la tumeur ovulaire. L'implantation du ligament s'étale en éventail sur la tumeur paraissant participer au développement de cette tuméfaction. Le dessin de la pièce anatomique de notre observation est tout à fait caractéristique à ce point de vue.

Dans la grossesse angulaire, l'implantation du ligament rond est reportée nettement en dehors de la tuméfaction ovulaire.

Dans la grossesse tubaire (variété isthmique) l'implan-

tation du ligament rond se fait en dedans de la tuméfaction et aboutit à la corne utérine.

Cette constatation permet de prendre la décision opératoire rationnelle.

Dans le premier cas, il faut enlever au mieux la grossesse interstitielle suivant la technique que nous allons étudier au chapitre suivant. Dans le second cas, il faut respecter la grossesse angulaire et refermer le ventre en évitant de traumatiser inutilement l'utérus; la grossesse angulaire peut continuer son évolution et gagner la cavité utérine.

Dans le troisième cas, il faut supprimer la trompe malade et faire une ablation d'annexe.

Traitement

Le traitement de la grossesse interstitielle est uniquement chirurgical.

Le traitement opératoire de la grossesse interstitielle comprend trois procédés :

1° Celui qui dans les observations publiées a été le plus employé est l'*hystérectomie*.

Cette opération est indispensable lorsque les annexes sont malades, soit par salpingo-ovarite ancienne, soit par ovarite kystique double. Dans ce cas, le traitement conservateur ne peut être envisagé et le mieux est de supprimer la totalité des organes.

Quelques fois, l'hystérectomie a été pratiquée parce qu'elle est l'opération la plus simple, la mieux réglée et de ce fait la moins dangereuse.

2° Résection de la corne utérine malade avec ablation de l'annexe correspondante. Ce procédé a pour but de garder l'utérus et les annexes du côté opposé, c'est dire que l'opération doit laisser à la femme l'espoir d'une maternité ultérieure.

Il faut pour cela que la résection laisse un utérus de

dimension suffisante et que les annexes conservées soient laissées avec trompe perméable. Malheureusement la résection de la corne utérine dans les conditions d'une grossesse interstitielle est toujours très hémorragique et l'hémostase en est difficile : Il est bon d'assurer l'hémostase par la prise dans une pince hémostatique de l'artère utérine sur le bord latéral de l'utérus au-dessous de la tumeur ; pour faciliter cet accès sur l'utérine, il est recommandable de commencer par sectionner après ligature le pédicule utéro-ovarien. La section du ligament rond sera habituellement indispensable : on a alors un léger accès par le ligament large, sur le bord latéral de l'utérus au-dessous de la grossesse interstitielle.

Après ligature de l'utérine, on pratiquera la résection de la corne utérine, et on terminera par une suture de la tranche utérine à points passés pour finir l'hémostase.

3° Résection de la corne avec réimplantation de la trompe.

Cette opération a pour but de rétablir de ce côté la continuité des voies génitales et de permettre par la suite une grossesse ultérieure.

Cette opération conservatrice n'est indiquée que si déjà l'autre côté a été précédemment enlevé au cours d'une opération antérieure.

Cette opération a été pratiquée par Cullen, de Baltimore et ultérieurement a été suivie d'une grossesse terminée par un avortement, puis plus tard d'une grossesse normale. Ce

merveilleux succès chirurgical a été rapoprté par le Docteur Douay dans son rapport au Congrès de Lyon, 1927, sur la stérilité tubaire. À cette occasion, la technique de l'opération de la réimplantation tubo-utérine a été précisée.

Cette opération paraît toute simple à exécuter. Il suffit une fois la résection de la corne utérine terminée d'avoir gardé intacte la trompe sectionnée, et d'attirer cette trompe dans la cavité utérine avec un fil de catgut. Ce fil passé dans la paroi tubaire au niveau de son méso traverse le fond de l'utérus en passant par la brèche de la résection pratiquée. On fait de même pour le second chef du même fil en tirant par les deux extrémités du fil, la trompe s'engage dans l'utérus, qu'il convient de suite de fermer.

Cette opération éminemment conservatrice mérite d'être prise en considération. Si l'opérée désire garder la possibilité d'une grossesse ultérieure, alors que le second côté annexiel est définitivement compromis dans sa fonction.



Conclusions

1° La grossesse interstitielle qui se développe dans la portion interstitielle de la trompe a donné lieu à de nombreuses études anatomiques et histologiques qui ont permis d'individualiser cette lésion et de la séparer des autres grossesses ectopiques.

2° Si pratiquement on envisage la question du point de vue clinique, il faut reconnaître qu'il n'y a aucun signe caractéristique de cette affection que son diagnostic est pratiquement infaisable, que l'indication opératoire, en dehors de la rupture, est difficile à établir et que, même au cours d'une opération, il faut beaucoup d'attention de la part du chirurgien pour comprendre la disposition anatomique des lésions et pour agir en conséquence.

3° Dans les cas de grossesse anormale avec tuméfaction angulaire ou latéro-utérine, ce qui doit diriger la conduite du chirurgien est que :

a) La grossesse anormale dans une cavité utérine irrégulière évolue sans danger vers l'accouchement à terme,

l'œuf reprenant sa place dans l'utérus tout au plus peut-on craindre l'avortement.

b) La grossesse ectopique dans la cavité tubaire interstitielle, isthmique ou ampullaire aboutit à la rupture avec tous ses dangers et doit être opérée précocement, le diagnostic exact de ces variétés de grossesse ectopique n'ayant qu'un intérêt relatif.

4° Parmi les signes classiques qui permettent cette distinction, il en est un qui paraît avoir une grande importance, c'est la perception de la contraction utérine au niveau de la tumeur. Ce signe nécessite des examens cliniques répétés et la mise en observation de la malade.

Lorsque ce signe existe, l'œuf est dans l'utérus et il n'y a pas lieu d'opérer. Si ce signe n'est par perçu, il faut songer à l'opération exploratrice.

5° Parmi les signes qui permettent, au cours d'une opération de reconnaître le siège de la lésion, il y a lieu d'accorder confiance à l'implantation du ligament rond.

Implantation en dehors de la tumeur : grossesse dans l'utérus.

Implantation en dessous de la tumeur : grossesse interstitielle.

Implantation en dedans de la tumeur : grossesse isthmique ou ampullaire.

Dans le premier cas. — *Le chirurgien doit s'abstenir.*

Dans le second cas. — *Le chirurgien doit pratiquer : soit une hystérectomie,*

soit une résection de la corne avec ablation des annexes correspondantes,

soit une résection de la corne avec réimplantation de la trompe.

Dans le troisième cas. — Le chirurgien doit pratiquer une ablation de l'annexe malade.

Vu, le Doyen,

ROGER.

Vu, le Président,

J.-L. FAURE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY.

Bibliographie

- ALBERTIN et DESGOUTTES. — De la grossesse tubaire. Formes anatomiques et cliniques. *Lyon chirurgical*, 1909, p. 617.
- ANDERODIAS. — Grossesse dans un utérus double. *Rev. mensuelle de Gynécologie obstétrique et Pédiatrie de Bordeaux*, septembre 1900.
- ANDERODIAS, DE BOUCAUD et ROCHE. — Récidive de grossesse tubaire. *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1913.
- AUDIBERT et SAUBRIN. — Deux cas de grossesse angulaire. Société d'Obstétrique, 1928, p. 163.
- BALARD. — Deux nouvelles acquisitions dans la séméiologie de la grossesse extra-utérine. *Gazette hebdomadaire des Soc. Méd. de Bordeaux*, 27 avril 1924.
- BAR. — Sur une forme irrégulière de l'utérus pouvant devenir une cause d'erreur dans le diagnostic de la grossesse extra-utérine. *Bull. Soc. Obst.*, Paris, 5 juillet 1900.
- BAR. — *Bulletin de la Société d'Obstétrique*, Paris, 1902.
- BATZ (DE). — Des grossesses intra-utérines pouvant en imposer pour des gestations ectopiques. *Thèse de Bordeaux*, 1926.

- BAZALZETTE. — Des grossesses tubaires méconnues. *Thèse de Paris*, 1905.
- BEAR. — La grossesse tubaire. *Thèse de Paris*, 1918-1919.
- BECHMAN. — Beitrag zur graviditas interstitialis. *Zeit. f. geb. u. gyn.*, 1878.
- BONIFAZI. — Etudes sur les causes d'erreur dans le diagnostic de la grossesse extra-utérine. *Thèse de Lausanne*, 1912.
- BONNAIRE et BRAC. — A propos d'un cas de grossesse interstielle. *Soc. d'Obst.*, 1910.
- BOUILLY. — Notes sur la grossesse extra-utérine tirées de cinquante observations. *Gynécologie*, 1898.
- BRAUN. — *Wiener Klinische Wochenschrift*, 1899.
- BRINDEAU. — Un cas de grossesse interstitielle. *Soc. d'Obst.*, 1910, p. 436 et p. 370.
- BUFFNOIR. — Un nouveau cas de grossesse ampullaire. *Soc. d'Obstétrique*, Paris, 1905.
- BURTY. — Grossesse extra-utérine rompue à droite, non rompue à gauche. *Paris chirurgical*, 1910.
- CARUS. — De graviditate tubouterina. *Thèse de Leipzig*, 1911.
- CAZALIS. — Dix cas de grossesse extra-utérine opérés. *Gaz. médic.*, Paris, 1912.
- COTTE, EPARVIER et RABAT. — Syndrome de rupture de grossesse extra-utérine dans un cas de fibrome calcifié. Société d'Obstétrique et de Gyn. de Lyon, 1^{er} mai 1922.

- COUVELAIRE. — Anatomie des grossesses tubaires en évolution. *Thèse de Paris*, 1901.
- COUVELAIRE et NANCHOTTE. — Grossesse tubaire faisant corps avec la corne utérine. *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1910.
- CULLEN. — Contrib. to medical and biolog. research dedicated to sir W. Osler, juillet 1919.
- DANIEL. — La grossesse interstitielle. *Gynécologie et Obstétrique*, 1922.
- DANIEL. — Grossesse interstitielle. *Gynécologie si obstetrica*, Bucarest, 1922.
- DANIEL. — Etude de la trompe interstitielle normale. *Gynécologie et Obstétrique*, janvier 1926.
- DAVID. — Grossesses extra-utérines prises pour intra-utérines. *Thèse de Montpellier*, 1901.
- DELAGENIÈRE. — De la grossesse tubo-utérine ou interstitielle. *Arch. prov. chir.*, 1902.
- DELORE, MALEY-GUY et VACHEY. — A propos de trois cas d'avortement tubaire. *Lyon Médical*, 28 décembre 1924.
- DESCARPETRIES. — Deux cas de grossesse extra-utérine. *Echo médical du Nord*, 1904.
- DOUAY. — Stérilité d'origine tubaire. *Gynécologie et Obstétrique*, juillet 1925.
- DOUAY et RACHAT. — Sur le diagnostic de la grossesse tubaire. La grossesse angulaire. *Gynécologie et Obstétrique*, 1923.

- DURANTE. — De la trompe gravide dans un cas de grossesse tubaire pseudo-diverticulaire. — *La gynécologie*, 1911.
- FARRAR. — Valeur de la numération des leucocytes pour le diagnostic de la grossesse tubaire. *Surg. Gyn. and Obst.*, Chicago, novembre 1925.
- FIEUX. — Grossesses développées dans l'utérus antéro-latéro-fléchis. *Ann. de Gyn. Obstétrique et Pédiatrie*, 1904.
- FOLET. — Grossesse extra-utérine probablement tubaire. — *Annales de Gynécologie*, 1896.
- GARAUD. — Symptômes et traitement de la grossesse extra-utérine. *Thèse*, Montpellier, 1909.
- GARRIGA-ROCCA. — Contrib. al estudio de la patogenie del embrar. ectop. *Rev. espag. de Obst. et Gin.*, mars 1925.
- GIGNOUX. — La menstruation au cours de grossesses tubaires. *Thèse*, Lyon, 1924.
- GILLES. — Grossesse interstitielle. Société d'Obstétrique, 1923.
- GLAESMER. — Die interst. tubargravid. *Arch. f. Gyn.*, 1911.
- GOBILLOT. — Contribution à l'étude de la sympomatologie de la grossesse tubaire. Avortement tubaire. *Thèse*, Paris, 1904.
- GRESSET et THAUVENIN. — Rupture de grossesse interstitielle. *Soc. Anat.*, 1921.

- GREYFIÉ DE BELLECOMBE. — Etude de la grossesse tubaire interstitielle. *Thèse*, Paris, 1911.
- GUIDO POORTEN. — Zur ætiologie der ektopischen sch. *Zeut f. Gyn.*, 13 mai 1922.
- GUILLEMIN. — Grossesse interstitielle rompue. *Soc. obstétrique*, 1924.
- GUILLEMENET et MICHON. — Etude clinique et thérapeutique des utérus doubles. *Gynécologie et Obstétrique*, septembre 1924.
- HECKES. — Un cas de grossesse interstitielle. *La gynécologie*, 1898.
- HEMOTIN et HERTEAG. — Anomalies du canal de Muller comme causes de grossesses ectopiques. *Rev. gyn.* 1898.
- HERMSTEIN et NEUSTADT. — Über den intramuraten Tubenteil. *Zeitschrift u. Gebur. a. Gynak*, Berlin, Bd, 1924.
- HONG TSAI. — Rupture de grossesse tubaire dans le ligament large. *Thèse*, Bordeaux, 1925.
- JACQUIN. — Société d'Obstétrique et de Gynécologie, 5 mars 1921.
- JACQUIN et FLEURET. — Société Obst. de Strasbourg, 7 janvier 1922.
- JAYLE et HALPERINE. — Grossesses tubaires et canaux borgnes diverticulaires de la trompe. *Revue de Médecine*, 1922.

- JOB et HAMANT. — Un cas de grossesse interstitielle. *Société obst.*, 1923.
- JUNG. — Grossesse interstitielle rompue avec inondation péritonéale.
- JUNG. — Rupture spontanée de l'utérus au troisième mois de la grossesse. *Soc. Obst. et Gyn.*, Strasbourg, 7 janvier 1922.
- LECÈNE. — Deux cas rares de grossesses ectopiques. *Annales de Gyn. et d'Obst.*, 1923.
- LEQUEUX. — A propos de quelques cas de grossesse interstitielle. *L'obstétrique*, 1911.
- LEQUEUX. — Un cas de grossesse interstitielle rompue. *L'obstétrique*, 1911.
- LENORMANT et HERMANN-KEPPEL. — Etude clinique et thérapeutique des accidents de grossesses tubaires. — *Gynécologie et obst.*, 1923.
- LESSE. — Grossesse tubaire et interstitielle. *Centrabl. f. Gynak.*, 1918.
- MARSAND. — Quelques cas de latéroposition du corps utérin gravide. *Thèse de Bordeaux*, 1908.
- MERCIER. — Ruptures spontanées de l'utérus gravide dans leurs rapports avec les grossesses interstitielles, *Thèse de Paris*, 1898. —
- METZGER. — A propos du diagnostic de la grossesse extra-utérine. *Soc. d'Obst. et Gyn.*, mai 1921.

- MICHEL et DUROCH. — La grossesse extra-utérine. Société d'obst. et de gyn. de Nancy, 18 janvier 1922.
- LE LORIER. — Un curieux cas de déformation utérine au début de la gestation. *La Semaine des Hôpitaux de Paris*, 31 octobre 1927.
- MICHALITSCH. — Zur aetiolog. der tub. Woch. Zeit. f. Geb. u. Gynék, 1903.
- MORTAGNE. — Difficulté du diagnostic au début d'une grossesse anormale de l'utérus. *Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris*, 1903.
- MOTHE. — De la grossesse ampullaire. *Thèse*, Bordeaux, 1898.
- MULLER. — Accidents cataclysmiques de rupture de grossesses tubaires. *Lyon chirurgical*, 1909.
- MUNRO-KERR. — Grossesse angulaire simulant une grossesse extra-utérine. *Obs. trans., Edimb., Soc.*, 1907-08
- NOVAK et LAURAN-DARNER. — The correlation of uterine and tubal changes in tubal gest. *Ann. of Journ. of obst. et and gyn.*, mars 1925.
- PATELLANI. — Grossesse tubaire bilatérale. *Ann d'Obst. et Gyn.*, 1893.
- PAULAIN (MARIE). — La trompe interstitielle normale. *Thèse*, Bucarest, 1925.
- PHANEUF (de Boston). — Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris. décembre 1926.

- PILATTE et VIGUS. — Formes anatomiques et cliniques de la grossesse tubaire. *Gaz. Hôp.*, 1914.
- PROUST. — De l'intervention opératoire dans les grossesses tubaires. *Gazette Hôp.*, 1914.
- PUECH. — De la grossesse angulaire. *Gazette des Hôpitaux*, 1^{er} décembre 1904.
- SCHMITT (W.). — Uber gravid. interstit. *Zeitschr. f. Gebur. u. Gyn.*, 1925.
- SIMON. — Etude de la grossesse interstitielle. *Thèse*, Strasbourg, 1852.
- SIMON. — Die gravid. tubouter. g. interstit. *Thèse*, Berlin, 1895.
- SPITZER. — Uterus didelphe et grossesse. *Kiener Klinische Woch.*, 1897.
- TAINTURIER. — Etiologie de la grossesse extra-utérine. *Thèse*, Paris, 1895.
- TARNIER et BUDIN. — *Traité d'accouchement*.
- TREUB. — Grossesse interstitielle et tubo-utérine droite. — *Soc. d'Obst.*, 1894.
- VARIN. — De la grossesse développée dans une corne utérine rudimentaire et tubo-utérine. Diagnostic et traitement avant le cinquième mois. *Thèse*, Paris, 1899.
- VAUDESCAL. — Contribution à l'étude de la grossesse interstitielle. *Thèse de Paris*, 1919.

- VIOLET. — Guérison complète des grossesses extra-utérines traitées par la marsupialisation de Rapt. *Thèse*, Toulouse, 1920.
- WÆGELI. — Grossesse interstitielle. *Revue de Gynécologie* 1914-1915.
- WASSILIEF. — De l'agrossesse angulaire. Son importance physiologique et pathologique. Société d'Obst. de Paris, 1903.
- WILBERT (A.). — Présentation d'une pièce de grossesse interstitielle. *Bull. et Mémoires Soc. d'Anatomie*, décembre 1924.
- ZAMPA. — La glicosuria fluorizinica come segno di gravidanza. *La clinica obstetrica*, octobre, 1925.
-



SAUMUR. — IMPRIMERIE M. CHEVALIER



